様式第２号(第４関係)

|  |
| --- |
| 調査書(小児慢性特定疾病児童日常生活用具) |
| 　 | ①申請書受理番号及び年月日 | 第　　　　号年　月　日 | ②申請者氏名 |  | ③対象者との続柄 |  | 　 |
| ④対象者 | 氏名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生(　歳) |
| 住所 | 　 |
| 疾病名 | 　 |
| ⑤世帯員の状況 | 氏名 | 年齢 | 対象者との続柄 | 課税状況 | 備考 |
| 当該年度分市町村民税 | 前年分所得税額 |
| 均等割額 | 所得割額 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| ⑥　世帯区分 | 1　被保護世帯又は当該年度分市町村民税非課税世帯2　当該年度分市町村民税均等割のみ課税世帯3　当該年度分市町村民税所得割課税世帯　（税額合計　　　　　　円）4　前年分所得税課税世帯　　　　　　　　（税額合計　　　　　　円） |
| ⑦住まいの状況 | １　自宅　　　2　借家(貸主の諾否)　有・無 |
| ⑧　給付後の生活の状況 | 日常生活動作の状況(該当に○)入浴1　自力でできるようになる2　一部介助でできるようになる3　給付しても変わらない排便1　自力でできるようになる2　一部介助でできるようになる3　給付しても変わらない | 移動1　自力でできるようになる2　一部介助でできるようになる3　給付しても変わらないその他の状況1　在宅生活が可能になる2　その他　(　　　　　　　　　　　) |
| ⑨給付の必要の有無 | 1　有2　無 | ⑩給付する(しない)理由 |  |
| ⑪給付する用具名(含む型式規模等) | 　 | ⑫予定価格 | 円 | ⑬扶養義務者が支払うべき額 | 円 | ⑭公費負担予定額 | 円 |
| ⑮その他特記事項 | 　 |
| 　上記のとおり確認しました。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　調査員職氏名　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 　 |